

ABILITA' E TECNICHE DI *COUNSELING* NELLA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE DIABETICO ANZIANO FRAGILE IN MEDICINA GENERALE

Giuseppina Menduno*, Maria Luisa Pasquarella°

*Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

°Dottore di Ricerca in Scienze dell'Educazione dell'Università degli Studi di Perugia

“Il paziente entra, si siede, parla. Il medico lo ascolta, lo visita, pronuncia una diagnosi, prescrive accertamenti diagnostici e/o un medicamento. Lo schema è questo. Ma ciò che rende la professione medica insostituibile è qualcosa che trascende questo schema. Sempre. In tutti i casi.”

Bensaid Norbert

L'educazione del paziente diabetico

Il riconoscimento del ruolo della *relazione interpersonale* tra medico e paziente nella costruzione dei processi di guarigione, adattamento alla malattia, modificazione dei comportamenti, assunzione di responsabilità e adesione alle prescrizioni è strettamente connesso con un approccio alla salute e alla malattia come esperienze che coinvolgono le persone simultaneamente e inestricabilmente a livello biologico, psicologico, culturale e sociale.

L'esperienza di malattia, soprattutto di quella cronica, come appunto il diabete, richiede al medico competenze e abilità che lo guidino nella comprensione del paziente come persona che ha dei sintomi, propri modi di percepirla, di attribuire loro significato e di reagire a essi.

Da ciò l'importanza dell'***educazione del paziente***: “un processo che procede a tappe, integrato nei processi terapeutici e che comprende una serie di attività organizzate che includono la **sensibilizzazione**, l'**informazione**, l'**apprendimento** e l'**aiuto psicologico e sociale** riguardo alla malattia e alla sua terapia.

Il tutto finalizzato ad aiutare il paziente e la sua famiglia ad avere una migliore comprensione della malattia, a collaborare alle cure, a prendersi cura del suo stato di salute.” (1)

I pazienti diabetici soffrono, in misura variabile da persona a persona, per la perdita del *senso d'integrità* e sperimentano una sensazione d'*incertezza*, legata alle minacce di scompenso e di aggravamento che il loro stato comporta.

Il management del paziente diabetico anziano da parte del medico di medicina generale è complicata dal fatto che, sovente, il soggetto malato non gestisce autonomamente la sua malattia (familiari o badanti si occupano della somministrazione della terapia o dell'attenzione allo stile di vita del paziente) quindi, nel processo educativo, entrano in gioco altri attori con i quali il medico deve interloquire e la scena si arricchisce e si complica nell'intrecciarsi di bisogni, aspettative, conoscenze e resistenze.

Il diabete implica, come tutte le malattie croniche, un cambiamento nell'esistenza del malato: egli deve da un lato modificare il proprio stile di vita eliminando quei fattori e quelle



abitudini che sono incompatibili con la condizione patologica, e d'altro è costretto a tenere sotto controllo la propria salute in modo da evitare peggioramenti.

Deve *rinunciare all'idea di guarigione* e ciò comporta ripercussioni a livello emotivo sia nel paziente che nei suoi familiari.

L'anziano che si ammala di diabete è già, solitamente, una persona compromessa nel suo stato di salute, a volte in maniera lieve, a volte in maniera severa.

La variabilità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei malati dipende da fattori diversi.

Un ruolo importante gioca l'*elemento culturale*, inteso in senso antropologico.

Non tutte le malattie sono uguali dal punto di vista dell'interpretazione che il contesto sociale ne dà; alcune portano con sé uno stigma legato a forme culturali di rappresentazione della loro eziologia.

Il diabete è tradizionalmente visto come "la malattia dell'eccesso" e offre al contesto di vita del paziente e al mondo sanitario stesso la possibilità di un "atto d'accusa" nei confronti dell'ammalato; la trasgressione da uno stile di vita salutare del paziente ha prodotto effetti iatrogeni.

Il processo di accettazione della malattia ha un esito variabile che dipende anche dal ruolo sociale e familiare ricoperto dalla persona, dalle limitazioni derivanti dalla malattia, dalla struttura di personalità individuale, dall'atteggiamento dei suoi congiunti, dalla natura dei rapporti familiari, dall'età, dal sesso della persona, dal livello d'istruzione e dalla possibilità di ricevere un adeguato sostegno nell'esperienza di malattia.

Per la cura del diabete è necessaria l'attiva partecipazione del paziente nella terapia, alla base della quale vi è un processo di attivazione di canali cognitivi, emotivi, comportamentali, che vede il medico di medicina generale impegnato in compiti complessi di comunicazione adatti a perseguire l'obiettivo di rendere il paziente responsabile e autonomo nella gestione della malattia.

I familiari del malato, dal canto loro, possono sviluppare forme di ansia e di timore sia per la sorte del loro caro che per il destino della famiglia o per quello personale – sentimento, questo, non disgiunto da sensi di colpa – reagendo con comportamenti che tendono a sottostimare la portata della malattia o, al contrario, a enfatizzarla e che conducono a una sordità nei confronti delle esigenze del malato.

Un'efficace **educazione del paziente** persegue l'obiettivo di dare la possibilità al paziente e ai suoi familiari di compiere un percorso di accettazione della malattia, di renderli capaci di controllare con costanza e autonomia l'andamento della stessa, di aderire consapevolmente ai trattamenti proposti.

L'accettazione della malattia da parte dell'anziano al quale viene diagnosticato il diabete, come per qualunque malato affetto da patologia cronica, si presenta come un *processo di durata ed esito variabile*, che sembra ricalcare le tappe della "elaborazione del lutto" per la perdita di una persona cara, le quali consistono nei passaggi seguenti:

- **Shock iniziale:**
caratterizzato da sorpresa, angoscia, mancata consapevolezza dell'evento e del suo significato e quindi scarso coinvolgimento emotivo, quasi come se ciò di cui il medico parla non lo riguardasse direttamente.
- **Negazione:**
meccanismo di difesa contro l'angoscia derivante da una realtà percepita come troppo minacciosa e intollerabile; ne deriva distacco e indifferenza verso la propria condizione.

Le informazioni del medico non passano, non vengono ascoltate, né elaborate.



- **Ribellione:**

rappresenta un'evoluzione rispetto alla fase precedente, utile e necessaria perché testimonia di una presa di contatto con la realtà della malattia.

Può sfociare in accuse nei confronti del medico, che funge da “capro espiatorio” o nei confronti di altre persone ritenute responsabili dell'insorgenza della malattia, del decorso non favorevole o della sua mancata risoluzione.

- **Mercanteggiamento/Contrattazione:**

si manifesta nei confronti delle necessità e modalità terapeutiche.

Il paziente cerca di ottenere “sconti sulla pena” in modo da dover alterare il meno possibile la sua vita abituale.

La persona malata che contratta sulla terapia, vuole poter contare sulle decisioni

che il medico sta enunciando e soprattutto vuole far presenti le difficoltà che immagina di poter incontrare nella concordanza al regime terapeutico.

- **Tristezza:**

è un momento di depressione non necessariamente patologica, connessa alla consapevolezza del proprio stato e delle necessità che questo comporta.

In questa fase il paziente entra in ascolto di se stesso e prende coscienza di ciò che gli sta accadendo.

- **Accettazione:**

il paziente entra in una fase attiva di presa di consapevolezza della malattia e del regime terapeutico da seguire.

Il paziente mostra apertura nei confronti dei suggerimenti del medico e instaura una relazione collaborativa.

Si tratta di una condizione relativamente stabile, che può essere minacciata da evoluzioni sfavorevoli della malattia.

Lo schema è indicativo; molti pazienti non seguono questo percorso, infatti, possono a esempio passare dalla negazione della malattia a uno stato di passiva rassegnazione; altri manifestano invece una pseudo-accettazione e si sforzano di dissimulare le loro preoccupazioni e le loro ansie con il medico.

Le fasi e la durata di ciascuna di esse dipende da molteplici fattori legati alla storia individuale del paziente, tuttavia è assai probabile che ciascun malato sperimenti nel tempo alcuni di questi stati emotivi e li rifletta nei comportamenti quotidiani concreti, nel rapporto con i familiari, con il medico curante e nella gestione della malattia.

Gli obiettivi generali dell'*educazione del paziente* possono essere espressi sia assumendo una prospettiva sanitaria, che da un punto di vista centrato sulle esigenze del paziente.

Non si tratta comunque di punti di vista alternativi, bensì complementari e correlati.

Nel primo caso – prospettiva medico/sanitaria – gli obiettivi possono così essere sintetizzati:

- promuovere la concordanza al regime terapeutico,
- prevenire riacutizzazioni e complicazioni ulteriori,
- evitare che le riacutizzazioni abbiano esito infausto,
- ridurre il numero dei ricoveri e delle giornate di degenza,
- ridurre la spesa per farmaci, degenze e visite specialistiche.

Assumendo l'ottica del paziente gli obiettivi sono:

- acquisire/aumentare le proprie conoscenze intorno alla malattia e alla sua terapia,



- sviluppare la capacità di gestire nella massima autonomia possibile le proprie condizioni di salute,
- acquisire le capacità necessarie per far fronte a eventuali episodi critici,
- fare in modo che intorno al paziente vi siano familiari in grado di collaborare attivamente alla gestione della malattia.

In quanto implica *obiettivi di tipo cognitivo* (acquisizione di informazioni), *comportamentale* (sviluppo di abilità concrete), e *affettivo* (elaborazione di vissuti e modificazione di atteggiamenti), l'*educazione del paziente* si presenta come una vera e propria attività educativa, caratterizzata da un trasferimento di conoscenze e competenze di natura sanitaria e tecnica dal medico al paziente, sia – e soprattutto – da un attivo processo di *apprendimento e cambiamento* che vede protagonisti principali il paziente e i suoi familiari, sostenuti e guidati dal medico.

L'azione educativa è un'attività di una certa complessità, che non si esaurisce e limita nel dare informazioni e suggerimenti e richiede competenze tecniche e comunicative che affronteremo in seguito nel delineare cos'è il *counseling* e quali abilità e tecniche possono essere utilizzate nell'ambito dell'attività educativa del medico di medicina generale con i pazienti diabetici.

“L'educazione terapeutica occupa un posto sempre più rilevante nella cura delle persone affette da malattie croniche. L'educazione permette loro di acquisire le competenze per gestire in modo corretto e sicuro le cure e realizzare una prevenzione adeguata nella vita quotidiana” (2)

D'Ivernois (3) parla di **diagnosi educativa** che ha l'obiettivo di individuare i bisogni, le risorse, le richieste e lo stile di vita del paziente e il progetto educativo deve rispondere all'individuazione:

- delle **motivazioni** specifiche di quel paziente e i suoi progetti di vita e quali siano le sue motivazioni per apprendere ciò che gli verrà spiegato (dalla terapia alle modificazioni dei comportamenti),
- di **che cosa** concretamente il paziente deve apprendere per la sua salute,
- di quali siano i **fattori favorevoli** il processo di cambiamento e quali quelli ostacolanti.

Per attuare un progetto di questo tipo il medico ha la necessità di dotarsi di strumenti comunicativi con l'obiettivo di capire e di farsi capire, tenendo presente che la responsabilità del buon andamento della comunicazione poggia sulle sue spalle.

La comunicazione è presente in ogni momento dell'atto medico.

La competenza nel guidare la narrazione del paziente nella ricostruzione della sua storia clinica, che per lui è storia di vita, e nel comprendere le sue precipue difficoltà nel cambiare stile di vita o nel concordare ai trattamenti prescritti si fonda su abilità e tecniche di *counseling* che vanno apprese e sperimentate per poter essere utilizzate.

La malattia cronica implica per il malato:

- perdita del senso d'integrità,
- sensazione d'incertezza,
- modificazione dell'immagine di sé e degli altri rispetto a se stesso,
- cambiamenti del ruolo familiare e sociale precedente alla comparsa della malattia,
- mutamenti nello stato delle prestazioni professionali e familiari,
- costante e consapevole partecipazione alle cure,
- continua attenzione allo stile e ambiente di vita.



Le conseguenze psicologiche sul malato possono essere:

- regressione a comportamenti infantili,
- riduzione degli interessi,
- egocentrismo,
- dipendenza dagli altri,
- comparsa del pensiero magico,
- complicità del malato con la sua malattia,
- sottrazione alle relazioni frustranti,
- introversione,
- fuga nell'immaginario.

La malattia cronica di un congiunto può indurre nei familiari:

- ansia e timore per le sorti del congiunto e anche di se stessi.
- sensi di colpa,
- sottostima della portata della malattia,
- enfaticizzazione della malattia,
- sordità nei confronti delle esigenze del malato,
- diagnosi affrettata di inutilità della vita del paziente,
- rifiuto del malato e aggressività nei suoi confronti,
- aggressività verso il medico (capro espiatorio).

I fattori che influiscono sull'accettazione della malattia possono essere:

- tipo di patologia,
- rappresentazioni culturali della patologia,
- struttura di personalità,
- cultura, status e ruolo sociale,
- atteggiamento dei congiunti e relazione con loro,
- relazioni con il medico e con la struttura sanitaria.

NOTE

- 1) Deccache A., Lavendhomme E., *Information et Education du Patient*, Ed. de Boeck, Bruxelles, 1989
- 2) Marcolongo R., et al. *Curare con il malato: l'educazione terapeutica come postura professionale*", Ed. Change, Torino, 2006
- 3) D'Ivernois J.F., Gagnayre R., *Apprendre à éduquer le patient*, Vigot, Parigi, 1995; *Educare il paziente. Guida all'approccio medico – terapeutico*, Mediserva, Napoli, 1998

